

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Février 1893 à une heure

PAR

FRANÇOIS GOTTELAND

Né à Chambéry (Savoie), le 18 Juin 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPAREIL DE LA VISION

CHEZ

LES DÉGÉNÉRÉS

Président : M. STRAUSS, professeur.

*Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
TUFFIER et CHAUFFARD, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Février 1893 à une heure

PAR

FRANÇOIS GOTTELAND

Né à Chambéry (Savoie), le 18 Juin 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPAREIL DE LA VISION

CHEZ

LES DÉGÉNÉRÉS

Président : M. STRAUSS, professeur.

*Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
TUFFIER et CHAUFFARD, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie		N....
Thérapeutique et matière médicale		POUCHET
Hygiène		HAYEM.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		LABOULBENE.
		STRAUS.
		G. SEE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		CHARCOT.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.

ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLOT.
BAR.	GILBERT.	MELATON.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	des travaux ana-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	tomiques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRUNET,

DIRECTEUR DE L'ASILE D'ÉVREUX

A MES MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE

MESSIEURS BERGER, GIRARD, MONTAZ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Au cours de notre internat dans les asiles , nous avons eu l'occasion de remarquer combien étaient fréquents et divers les troubles visuels chez les malades soumis à notre observation.

Sans vouloir embrasser l'étude de ces troubles chez tous les aliénés, nous avons restreint nos recherches au groupe des héréditaires dégénérés. Nous avons pu les diviser immédiatement en deux grandes classes :

Les uns en rapport avec des lésions constatables, des arrêts de développement, des vices d'évolution, sont de véritables stigmates physiques de dégénérescence.

Les autres d'un ordre plus élevé ne correspondent plus à des lésions vérifiables, mais à des troubles dynamiques ou à un défaut d'équilibre des centres de la vision et de l'idéation. Ce sont les illusions, les interprétations délirantes et les hallucinations.

De cette grande division découlera le plan de notre travail : nous passerons en revue toute la série des dégénérés héréditaires, et nous étudierons les mal-

formations de l'appareil psychosensoriel chez les idiots, les imbéciles, les débiles et les dégénérés supérieurs.

Dans un second chapitre nous étudierons les troubles fonctionnels de la sphère visuelle chez les délirants partiels entachés de dégénérescence mentale.

Enfin nous dirons quelques mots du rôle que peut jouer le sens visuel dans la genèse des symptômes épisodiques : impulsions, obsessions, etc. qui sont l'apanage des dégénérés supérieurs.

Nous avons basé notre étude sur une partie des observations que nous avons pu recueillir parmi les malades internés à l'asile d'Evreux. Nous avons pu joindre à nos observations personnelles quelques observations relevées parmi les aliénés de l'asile de La Roche-Gandon et que nous devons à l'obligeance de notre ami le D^r Marie. C'est en résumé sur un total de 344 malades qu'ont porté nos recherches cliniques.

Nous avons suivi pour le classement de nos malades la nomenclature adoptée par la Commission du Congrès international d'Anvers en 1885. Nous en avons adopté les grandes divisions et nous nous proposons de suivre cet ordre dans l'exposé de notre travail.

Il faut remarquer que le groupement des malades de province est parfois délicat. Le délire emprunte à la condition du sujet ses caractères spéciaux. Dans l'Eure, la population est en majorité agricole. Aussi les conceptions délirantes y sont-elles peu variées et assez pauvres. Il est difficile de retrouver et de différencier nettement certains types cliniques : et en ce sens ces types nous ont paru moins nets que dans les asiles de la Seine. L'opposition entre les deux mi-

lieux est d'autant plus frappante qu'elle se trouve réalisée en partie à l'asile d'Evreux, où se rencontrent, à côté des malades indigènes, des aliénés de la Seine hospitalisés par traité.

Sur les 1057 malades que nous avons pu observer dans les asiles de Mayenne et d'Evreux nous avons rencontré 364 dégénérés parmi lesquels 244 idiots ou imbeciles.

On sera peut-être frappé de ce nombre considérable des dégénérés inférieurs. Chez les aliénés de province les infirmités cérébrales l'emportent sur les affections délirantes vraies, comme si la dégénérescence héréditaire y parcourrait plus rapidement l'échelle régressive descendante. On a mis en avant à ce propos l'influence de l'alcoolisme des ascendants (très répandu dans la Normandie) ou bien la culture intellectuelle, bornée des populations rurales produisant par suite plus d'atrophies cérébraux que de vésaniques. Il faut faire entrer en ligne de compte aussi l'influence probable de l'hérédité convergente accumulée avec l'absence de croisement. Le paysan en effet reste confiné, et ne s'allie volontiers qu'aux familles de son village ou des villages voisins. Aussi rencontre-t-on souvent dans un ilot du département le même nom porté par un grand nombre d'individus ; de même dans les asiles de nombreux aliénés portent le même nom, parents éloignés à leur insu, autant au point de vue pathologique que patronymique.

Qu'il me soit permis de remercier M. le D^r Brunet pour la bienveillance qu'il m'a témoignée en me four-

nissant les éléments de cette étude. Nous sommes
reconnaissant à notre ami, M. le Dr A. Marie, des
conseils qu'il nous a prodigués.

CHAPITRE PREMIER

L'appareil de la vision chez les dégénérés au point de vue de ses troubles anatomi- ques et de ses malformations.

Esquirol dit : « Depuis l'homme qui jouit des facul-
» tés sensibles et intellectuelles, mais qui, faiblement
» organisé, est placé dans le dernier rang de la vie
» intellectuelle et sociale, jusqu'à l'idiot, il y a des
» degrés innombrables. Qui pourrait signaler et dé-
» crire toutes les nuances de dégradation qui sépa-
» rent l'homme qui pense, de l'idiot qui n'a pas
» même d'instinct ? Néanmoins en étudiant les faits,
» on peut classer les idiots en deux séries dans les-
» quelles ils se groupent tous.

» Dans la première l'organisation est plus ou moins
» parfaite, les facultés sensibles et intellectuelles
» sont peu développées, les individus ont des sensa-
» tions, des idées, de la mémoire, des affections, des
» passions, et même des penchants mais à un faible
» degré. Ils sentent, ils pensent, ils parlent, et sont
» susceptibles de quelque éducation. Dans la seconde
» série, l'organisation est incomplète, les sens sont à
» peine ébauchés, la sensibilité, l'attention, la mé-
» moire sont nulles ou presque nulles. Les vrais
» idiots n'ont qu'un très petit nombre d'idées limi-

» téés, ainsi que leurs passions, aux besoins instinctifs, qu'ils expriment par quelques gestes, par quelques mots, par quelques monosyllabes ou par des cris.

» La raison ne dirige point leurs actions qui, peu nombreuses, se présentent par habitude ou par imitations. »

On peut aller plus loin et dire qu'on passe sans transition brusque parmi les congénitaux, de l'idiot au dégénéré supérieur. Mais pour la clarté de l'exposition, dans notre étude nous ferons deux grandes classes : plaçant, d'une part, *les idiots et les imbéciles*, et d'autre part, *les dégénérés supérieurs*, que nous désignerons simplement sous le nom de *dégénérés*.

1° Idiots et imbéciles

On peut rencontrer chez les idiots et les imbéciles les lésions oculaires suivantes :

Motilité. — Tout d'abord on observe des troubles de la motilité extrinsèque : insuffisance musculaire, mystagmus et strabisme, pouvant être paralytique (sclérose des noyaux gris du plancher du 4^e ventricule) total ou partiel (ptosis et parésies dissociées).

Le plus souvent le strabisme est fonctionnel, lié à l'état de la réfraction : strabisme convergent le plus souvent lié à l'hypermétropie.

L'hypermétropie est fréquente chez les idiots et les imbéciles, comme l'a montré Schleicht. On observe aussi l'anisométrie et la presbyopie précoce. La myopie est plus rare.

Aux strabismes se joint souvent l'amblyopie secondaire totale.

La motilité intrinsèque (accommodation) peut aussi être atteinte ; ce qui joint aux malformations du globe oculaire, de la cornée, du cristallin, vicie l'acuité visuelle.

L'iris est diversement coloré (Féré) ; on y rencontre la dyscorie, (Picqué) (1) l'acorie, la polycorie.

L'ouverture ovale de la pupille et son inégalité congénitale, ainsi que la cataracte congénitale sont fréquentes chez les idiots et les imbéciles.

Milieux transparents. — Dans les milieux transparents on peut trouver des corps flottants, source possible d'illusions, chez certains idiots atteints de myodopsie.

Nous en avons un exemple :

N..., imbécile, présentait à gauche des flocons du corps vitré qui lui donnaient par conséquent la sensation de mouches volantes ; mais pour lui ces mouches étaient réelles ; il les voyait voltiger et venir se poser sur son œil. Aussi tenait-il toujours son mouchoir sur les yeux (2).

Les staphylomes antérieurs et postérieurs ont été relevés ainsi que la microphthalmie (3).

Dans les annexes de l'œil, on a cité le ptosis simple le blépharospasme, et exceptionnellement la paupière supplémentaire (3) ; l'épicanthus et le lagophthalmos.

Nous avons l'occasion d'observer l'exophthalmie de la maladie de Basedow chez une jeune fille idiote. Cette

(1) Picqué. Th. d'agrégation.

(2) Marie et Bonnet. La vision des idiots.

(3) Larcher Th Paris 90.

malade présente l'hypertrophie du corps thyroïde et la tachycardie caractéristiques. Les battements du cœur sont tumultueux, le pouls donne 126 pulsations à la minute. Elle a périodiquement environ toutes les 3 semaines une exacerbation de tous ces symptômes, avec état nauséeux; elle vomit alors, pendant plusieurs jours. Les vomissements contiennent quelque fois un peu de sang. Troubles sudoraux : sueurs profuses.

Depuis 14 ans qu'elle est placée, la malade ne s'est développée en aucune façon. Elle parle un peu, mais son vocabulaire est très restreint.

Fond de l'œil. — Le fond de l'œil présente des anomalies papillaires : vaisseaux déjetés en dehors, ou en haut, tous situés du même côté : papilles ovalaires, ou asymétriques, fibres à double contour.

La rétinite pigmentaire se rencontre, l'atrophie choroïdienne et papillaire totale ou partielle, l'œdème papillaire et péripapillaire, en relation avec des troubles fonctionnels, et des lésions centrales variées. Le fond de l'œil peut présenter un colobome profond (maculaire ou choroïdien) en relation possible avec le colobome irien.

Ces arrêts de développement correspondent à une persistance de la fente de la vésicule optique. Pour les lésions maculaires en particulier, Fuchs et Mann ont montré qu'elles ne sont qu'un vestige de la communication ventriculaire avec la cavité de la vésicule optique.

Aussi cette lésion périphérique coïncide-t-elle avec

des défauts de développement cérébral et des malformations congénitales du crâne.

L'excavation papillaire que l'on rencontre plus souvent n'est en somme qu'un degré encore plus atténué de la malformation précitée dont l'hypermétropie serait une dernière trace.

Toutes les lésions que nous venons de relever peuvent être de simples malformations locales, n'ayant que la valeur de stigmates physiques ordinaires où être liées à des lésions centrales (telles sont les atrophies choroïdiennes unilatérales, liées à l'asymétrie cranio-faciale).

Lobes occipitaux. — Les lésions centrales sont multiples et complexes ; au point de vue de la vision on a déterminé certaines lésions limitées aux lobes occipitaux ; Monakow et Reinhardt ont décrit des cerveaux d'idiot avec troubles visuels en rapport avec une lésion localisée des lobes occipitaux. Kölliker a de même indiqué une correspondance entre certaines atrophies cérébrales et les arrêts de développement de la vésicule optique.

Ces malformations se traduisent sur le cerveau par des anomalies particulières.

MM. Monakow et Reinhardt ont rapporté au Congrès des aliénistes allemands de 89 plusieurs autopsies d'idiot à troubles visuels, avec lésions cortico-occipitales concomitantes.

Fonction. — Les mouvements d'incursion de l'œil autour de ses axes donnent un champ de regard normalement étendu chez l'idiot et l'imbécile. Cependant

dans le cas où l'œil est fortement excavé, on peut voir tomber à 43° l'excursion ascensionnelle.

L'examen au campimètre montre fréquemment des modifications du champ visuel coexistant avec d'autres troubles sensitivo-sensoriels et moteurs unilatéraux ou disséminés.

Le champ visuel des différentes couleurs est presque toujours altéré. Par ordre de fréquence décroissante les couleurs perçues sont : noir, rouge, bleu, vert, jaune, violet. Le rouge est la couleur la plus facilement et le plus constamment reconnue par eux. Le vert et le violet sont surtout mal perçus. Aussi trouve-t-on souvent chez eux une inversion visuelle, analogue à celle que l'on relève chez les hystériques : rouge périphérique, vert concentrique (1).

Rahlmann dit que le champ visuel chez l'enfant, d'abord central et punctiforme, se développe progressivement avec l'âge en s'étendant par zones successives du centre vers la périphérie, pour atteindre peu à peu ses limites normales. Il y aurait chez l'idiot arrêt de cette évolution à un stade plus ou moins avancé.

M. Royet (2) a étudié au même point de vue que nous une cinquantaine d'idiot. Pour chaque sujet la réfraction a été appréciée par la scotoscopie ou au moyen de l'ophtalmoscope à réfraction quand ce dernier moyen était praticable.

« Les idiots, dit-il, présentent au point de vue oculaire de notables différences entre eux. Chez les individus dont l'état mental est à peu près le même, on trouve chez l'un les yeux normaux, chez l'autre

(1) Marie et Bonnet. Loco citato.

(2) Royet. Congrès de Lyon 91.

un degré élevé d'hypermétropie. Cette différence a une raison qu'on peut vérifier toutes les fois qu'on a sur les antécédents du malade des renseignements suffisants. La voici :

« Tous les cas d'idiotie ou de faiblesse d'esprit ne relèvent pas de la même cause. Quelle est en effet la signification des hypermétropies et des excavations physiologiques de la papille ? Ces arrêts de développement remontent à la vie intra-utérine, la fente scléraitale se fermant à cette époque.

« On doit en général supposer le cas le plus simple ; c'est ici que l'arrêt de développement du cerveau et de l'œil se sont produits en même temps sous l'influence d'une cause générale. Les idiots hypermétropes et présentant des anomalies de structure de l'œil, sont des individus à cerveau incomplet au moment de la naissance ; c'est, chez ceux-là, que l'autopsie montre des anomalies de forme et de structure des centres nerveux. Ce sont des individus dont le fonctionnement cérébral, dans les meilleures conditions possible, sera toujours imparfait. Ce sont des infirmes du cerveau.

« D'autres naissent bien conformés, mais une maladie d'enfance (encéphalite, méningite, ossification prématurée des sutures) empêche que leur cerveau puisse utiliser les moyens dont ils disposent. Cette distinction a une grande importance au point de vue de l'intervention chirurgicale (craniotomie) dans le traitement de l'idiotie. »

Les troubles oculaires, quand ils existent, et quelle qu'en soit la cause centrale, peuvent expliquer certains vices de perception des idiots.

L'œil donne deux sortes de perceptions : des perceptions primitives, simples (couleur, lumière, etc.) et des perceptions acquises, complexes, sortes de conclusions tirées des perceptions primitives au moyen de l'intelligence, par association et par expérience (distance relative, relief, etc.)

L'idiot a les perceptions primitives, et il s'immobilise au stade de ces notions, de ces perceptions naissantes. Il n'arrive pas aux idées de forme de relief et de distance, qui impliquent d'une part des mouvements complexes de convergence des globes oculaires et d'accommodation, d'autre part des opérations mentales. L'idiot reste au stade où se trouve le cataracté congénital au moment où l'on vient de lui enlever son cristallin.

L'idiot et l'imbécile peuvent s'élever cependant au-dessus des perceptions simples primitives. Ils peuvent arriver à la perception du relief, de la distance, etc. par l'éducation et par l'attention. Mais si l'organe périphérique est incomplet ou malformé, ils seront trompés par leurs propres impressions, en concluant d'après des perceptions fausses : leur développement intellectuel sera par ce fait fatalement entravé, d'autant plus, je le répète, que le centre correspondant est très probablement frappé aussi d'arrêt de développement.

Nous insistons à dessein sur l'importance de la constatation de l'état de l'œil ; nous ajouterons que l'examen de l'état des autres organes sensoriels a le même intérêt. La distinction d'une classe d'idiot plus spécialement atteints dans leurs systèmes sensitivo-sensoriels (périphériques ou corticaux), par op-

position à ceux qui présentent des lésions diffuses ou localisées aux zones moyennes (motrices) ou antérieures (psychiques) serait un acheminement vers leur classement logique. Ce serait, en effet, conforme aux localisations cérébrales, aujourd'hui admises, étant donné la fréquence assez grande dans l'idiotie d'atrophies, partielles qui semblent limitées à l'un des trois grands territoires de l'écorce cérébrale (1).

En temps qu'atrophie cérébrale plus ou moins étendue, nous croyons que l'on peut subdiviser les idiots, suivant la prédominance de la lésion dans les sphères psychiques, motrices ou sensitives, en dehors des cas complexes où l'atrophie est diffusée à tout l'encéphale. Les idiots ordinaires se distinguent souvent, les uns par des paralysies et des atrophies musculaires directement sous la dépendance d'altérations du cerveau moyen ou moteur; tandis que les autres, avec une motilité indemne, offrent une sensibilité générale ou spéciale, profondément altérée, dans ses percepteurs périphériques ou centraux.

M. A. Voisin dans ses leçons cliniques oppose à l'idiotie par lésion cérébrale, une idiotie ayant pour cause les lésions des sens, entraînant l'absence de connaissances, par suite de l'absence ou de l'imperfection des sensations. Ces lésions des sens peuvent être congénitales ou survenir dans l'enfance, mais rentrent dans le cadre des maladies de l'enfance non cérébrales. Il va sans dire que l'auteur ne prétend pas qu'il y ait là une cause idiopathique unique et que l'hérédité, bien que ne se traduisant pas par une lésion centrale primitive, n'influe pas sur l'arrêt de

(1) Thèse de Cotard

développement. La preuve en est, que M. A. Voisin développe dans ses observations les antécédents héréditaires de ses malades. D'autre part personne n'a jamais prétendu qu'aveugle soit synonyme d'idiot; il n'en paraît pas moins établi qu'il existe une idiotie périphérique, comme l'ont appelée quelques auteurs, à cause de la prédominance des lésions sensorielles périphériques.

2° *Dégénérés*

Au-dessus des idiots et des imbéciles, il est tout un groupe de malades dont le classement difficile a donné lieu à la confection de nombreuses classifications sans que l'on soit arrivé encore à se mettre d'accord sur la place qu'ils doivent occuper dans la nomenclature.

L'expression consacrée, dont la vogue date de Morel, prête incontestablement à bien des critiques. Malgré les travaux de M. Magnan et de ses élèves, la notion exacte de la dégénérescence et de ses lois n'est pas encore parfaitement établie.

Sans nous dissimuler l'insuffisance de cette dénomination de dégénérés, nous avons dû en faire usage, quitte à nous expliquer sur la catégorie de malades que nous rangeons sous ce titre.

Nous avons vu les idiots et les imbéciles, nous allons maintenant parler des simples débiles et déséquilibrés qui, avec une mentalité suffisante, pour créer un délire systématisé, ne peuvent cependant le conduire dans une évolution progressive.

Il va sans dire que nous avons autant que possible cherché à les caractériser par la constatation des syn-

drômes épisodiques, stigmates psychiques de la dégénérescence, de M. Magnan.

Notre étude spéciale se ramène donc à la recherche des divers stigmates physiques afférents, à la sphère visuelle. Outre ce que nous avons signalé dans l'idiotie et l'imbécillité, les dégénérés simples présentent-ils des lésions oculaires spéciales ?

Ce ne sont pas, à proprement parler, des lésions oculaires à eux particulières; ce sont des lésions congénitales que l'on peut retrouver dans toute la série des congénitaux. Nous ne reprendrons pas l'énoncé des lésions oculaires des idiots dont la plupart peuvent à un moindre degré se retrouver chez les sujets qui nous occupent maintenant. Nous n'en reprendrons que quelques-unes et nous insisterons plus particulièrement sur certaines particularités de conformation du fond de l'œil qui tout en permettant le fonctionnement parfait de l'organe, constituent de véritables stigmates physiques de dégénérescence.

Tous les strabismes peuvent se retrouver chez les dégénérés et notamment le strabisme fonctionnel convergent lié à l'hypermétropie.

L'hypermétropie se retrouve très fréquemment chez les dégénérés. Elle est d'autant plus marquée et plus fréquente que le dégénéré est placé plus bas dans l'échelle des congénitaux. Elle peut aller jusqu'à l'excavation de la papille.

L'hypermétropie, on peut le dire avec M. Royet (1), varie dans des limites assez étendues, mais en général elle est d'autant plus élevée que l'intelligence est moindre.

(1) Royet. *Loco citato*.

L'excavation de la papille qui coïncide avec le degré le plus avancé de l'hypermétropie est très fréquente chez les congénitaux. M. Royet la croit à peu près constante chez les dégénérés héréditaires les plus inférieurs. Il l'a, dit-il, toujours rencontrée chez les malades qui présentaient des impulsions au suicide (1).

La rétine présente chez les dégénérés qui nous occupent des malformations ou de simples modalités caractéristiques que nous allons énumérer.

La papille normale au point de vue fonctionnel peut présenter des anomalies dans sa forme et dans la disposition de ses vaisseaux.

C'est ainsi que l'on a signalé des papilles ovalaires à grand axe situé dans des directions variées mais surtout convergeant obliquement en bas et en dedans.

Cette anomalie peut coexister avec une déformation analogue de la pupille.

Mais, dans la constatation de cette malformation, il faut éviter d'être induit en erreur par la déformation apparente, produite par l'astigmatisme concomitant.

Les papilles, d'après les recherches de Kalt, peuvent présenter une disposition différente dans les deux yeux, (papilles non symétriques).

Les papilles peuvent être anormales dans leur forme, ou bien encore anormales dans leur forme et en même temps asymétriques.

Les vaisseaux sont normalement placés, ou bien, et c'est fréquent, ils sont tous disposés d'un seul côté; toutes les branches en divergeant s'étalent d'un même côté de la papille. (*Ischémie partielle de la papille.*)

(1) Royet. Loco citato

On peut rencontrer encore des points d'atrophie localisée.

On a signalé l'asymétrie papillaire correspondant à l'asymétrie cranio-faciale. Quand cette dernière est assez marquée, on peut même observer des plaques de choréïdite atrophique du côté correspondant.

Enfin, on a noté une zone pigmentée péripapillaire, ou des halos également péripapillaires.

Une lésion fréquente est la présence au niveau de la papille ou dans son voisinage de fibres à double contour, formant des plaques opaques recouvrant une partie de la papille et certains de ses vaisseaux. Ces plaques opaques, assez fréquentes, en général ovales, s'étendant souvent au-delà des limites de la papille, suppriment toute impression visuelle sur la portion sensible qu'elles recouvrent.

En résumé, nous pouvons citer comme stigmates physiques de dégénérescence : l'hypermétropie et l'excavation de la papille, les anomalies papillaires ; les papilles asymétriques ; le colobome maculaire et les fibres à double contour.

Ces troubles oculaires constatés, quel est leur rapport possible avec l'état mental et dégénératif et d'une façon générale avec la dégénérescence ?

Nous ignorons à proprement parler l'anatomie pathologique du dégénéré simple ; nous ne connaissons pas les altérations que l'on rencontre dans son cerveau, pas plus que nous ne connaissons celles des autres vésanies. La nature même de ces altérations est telle que l'on n'a pu encore les caractériser à l'au-

topsic. Cependant elles existent, mais elles sont peut-être de nature histo-chimique, et consistent en altérations moléculaires qui échappent aux recherches (1).

Nous connaissons cependant de nombreuses altérations dans les autres parties du corps, grâce aux recherches de Morel et de ses disciples : ce sont les stigmates de dégénérescence. Evidemment ces lésions ne sont pas constantes et par conséquent n'impliquent pas un rapport direct avec l'état mental. Cependant elles se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez les dégénérés que chez l'homme jugé normal. On ne dira pas qu'un homme est mentalement dégénéré parce qu'il a l'oreille de Morel, la voûte palatine ogivale, la mâchoire énorme, mais on peut dire qu'il est anormal et que les difformités qu'il présente sont les manifestations extérieures de cet état.

Quand un changement quelconque pathologique survient dans l'organisation du corps humain, qu'il soit naturel ou le produit d'une expérimentation, il amène à sa suite d'autres modifications. L'organisme humain est un ensemble très complexe dont les différentes parties influent les unes sur les autres. Un changement dans un organe entraîne parfois des altérations dans des parties très éloignées : nous observons ce changement secondaire, mais nous ne comprenons pas dans toutes ses particularités, le rapport causal avec le changement primitif : parce que nos connaissances de l'organisme humain sont encore trop incomplètes. C'est ainsi qu'avec le spina bifida on

(1) Jergelsma. Congrès de Bruxelles 91.

rencontre les variations les plus hétérogènes dans les autres parties du corps ; après l'extirpation des testicules, la voix perd son timbre masculin et il en résulte une hypertrophie du tissu adipeux sous-cutané. Dans ces cas nous connaissons le changement primaire et la variation secondaire qui en résulte, mais nous ignorons complètement le processus qui les relie. (Jergelsma).

De même pour le cerveau, une altération primitive de cet organe, une altération moléculaire, histochimique de ses éléments peut être la cause de changements variés et inconstants sur les autres parties du corps. C'est ainsi que l'on pourrait expliquer l'existence de ces malformations physiques chez les congénitaux, véritables indices d'une malformation première des éléments du cerveau, véritables marques extérieures d'un cerveau imparfait.

Or ces marques extérieures, ces stigmates physiques de dégénérescence sont multiples, variables et inconstants ; ce que l'on peut expliquer par la variabilité de la lésion première et par la diversité des variations secondaires consécutives.

Quelle est la signification de ces signes de dégénérescence ? Ils ont un caractère pathologique qui ne peut pas laisser de doute, et s'ils se rencontrent plus souvent chez les dégénérés que chez les personnes jugées normales, cela suffit à démontrer la nature pathognomonique des stigmates incriminés.

Si d'autre part nous en jugions par les anomalies de l'œil, il est des cas nombreux où le rapport étroit entre les troubles oculaires et la lésion centrale correspondante est indiscutable chez les dégénérés.

Déjà Tamburini Morselli et Luciani avaient signalé

la fréquence de la brachycéphalie occipitale chez les dégénérés à système sensitivo-sensoriel si souvent imparfait : Lénédict a précisé le rapport existant entre l'œil et les localisations corticales en déterminant trigonométriquement l'état céphalométrique.

OBSERVATION DE BÉNÉDIKT.

Troubles oculaires (cécité congénitale) et malformations crâniennes. — Détermination céphalométrique d'une aplasie correspondante des lobes occipitaux.

Le P^r Bénédikt rapporte le cas d'une malade atteinte de cécité congénitale avec douleur de la tête et des yeux. Les milieux transparents de l'œil ne présentent aucune anomalie. L'ophtalmoscope avait révélé une pigmentation du fond de l'œil. Ultérieurement se développa une choroïdite double avec glaucôme simple de l'œil droit. Un fait important fut révélé par la céphalométrie. L'écaille de l'occipital n'a pas atteint son développement normal. La corde qui sous-tend l'arc formé par cet os ne mesure que 83 millimètres. Or d'après Weisbach les dimensions minima sont de 99 à 120 mm.

L'auteur signale encore que la jonction des deux moitiés de l'écaille occipitale, se fait de manière que l'arc entier, présente une courbe à peine appréciable. Cette disposition dénote une aplasie des lobes occipitaux, c'est-à-dire une aplasie des centres visuels de Munck.

Il termine son observation en exprimant l'espoir, que l'on comprendra bientôt, que la crâniométrie et la céphalométrie sont aussi indispensables pour l'étude de la pathologie cérébrale que le sont la percussion et l'auscultation pour l'étude des maladies de poitrine.

CHAPITRE II

Troubles fonctionnels chez les délirants partiels entachés de dégénérescence mentale.

Nous étudierons dans ce chapitre les troubles fonctionnels de la sphère visuelle en dehors des malformations physiques de l'appareil de la vision, mais en tant que manifestation d'un éréthisme de centres cérébraux imparfaits chez les Dégénérés délirants.

Nous savons en effet que chez ces derniers, les délires systématisés prennent des caractères spéciaux : ce sont des bouffées délirantes et hallucinatoires qui débute d'emblée et qui sont essentiellement polymorphes. D'autrefois le délire reste fixe, unique et sans aucune tendance évolutive ; il est analogue en quelque sorte à une idée obsédante. C'est ce qui constitue le délire d'emblée (délire primaire de Krafft.-Ebing et de Schüle).

Pour la facilité de l'exposition, mais d'une façon purement conventionnelle, nous ramènerons les différents états de nos malades aux trois premières phases du délire chronique. Nous étudierons les troubles de la vision dans les interprétations délirantes, dans les idées de persécution et dans la mégalomanie.

Toutefois nous insistons sur ce fait que nos malades dégénérés héréditaires ne passent pas par ces différentes périodes, mais qu'ils arrivent d'emblée dans l'une d'elles et qu'ils s'y cantonnent.

« Le délire des dégénérés, dit M. Magnan, ne présente pas d'évolution régulière, il cesse brusquement comme il est venu ; tel malade, qui était hier ambitieux, est aujourd'hui persécuté, dans quelques jours sera hypochondriaque. » (Magnan. Leçons cliniques. Paris. 1882-1891). Chez nos malades nous trouvons donc, mais sans ordre ni évolution, les interprétations délirantes de la 1^{re} période (persécutés persécuteurs), les idées de persécution de la seconde, les idées de grandeur de la troisième, etc.

Interprétations Délirantes.

Dans certains cas, le malade, méfiant et inquiet, ne présente que des interprétations délirantes ou des illusions, mais pas d'hallucinations.

Les premiers symptômes de ce délire, sont, le plus souvent, des sensations malades, des troubles fonctionnels ou organiques qui conduisent l'individu à s'analyser. Alors, il ressent des phénomènes douloureux, anormaux, tels que céphalalgie, palpitations, bourdonnements d'oreille, éblouissements. Bientôt, le malade cherche en dehors de lui, la cause de ces souffrances inexplicables et des troubles de son intelligence. Il rapporte à sa propre personne, ce

qu'il voit, ce qu'il entend autour de lui. Son activité cérébrale est exaltée, et en même temps, il tend toutes ses facultés vers cet examen minutieux de tout ce qui l'environne. Il aiguise, en quelque sorte, sa vue, pour saisir les moindres jeux de physionomie, dont il tire des déductions en rapport avec l'idée qui l'obsède: de même aussi, il tend l'oreille pour saisir le plus léger bruit, un chuchotement, qui prennent des proportions exagérées.

« Les couleurs et les figures du monde extérieur apparaissent au malade, avec une intensité et une précision inaccoutumées ; les sons qu'il entend le pénètrent et lui paraissent plus forts qu'autrefois. Quand il regarde des images quelconques, des tableaux, les figures lui semblent avancer au devant des yeux, et se mouvoir. Ces sensations exagérées et certaines sensations spinales, toutes nouvelles, déterminent une modification de l'humeur, une influence hypochondriaque ; cette dépression hypochondriaque vient encore affaiblir la réflexion déjà faible, et elle accélère la formation des interprétations délirantes de la sensation. Ainsi est créé le délire. Toutes les sensations perçues dans les centres sensoriels reçoivent une signification absurde et délirante ; et elles sont obligées de confirmer des idées de persécution. » (1).

On voit donc que l'œil a une part dans ce délire, il n'est pas question d'hallucinations ; mais il y a une hypertension du regard, une hyperacuité de l'organe, une finesse d'observation des images visuelles, évidemment anormales. Mais l'œil ne sert que de porte

(1) Schüle. — Traité clinique des maladies mentales.

d'entrée, si l'on peut dire, aux images sur lesquelles s'échafaudent les illusions.

Il n'y a pas là, à proprement parler, perturbation sensorielle, mais simple interprétation erronée d'impressions visuelles normales. A des excitations ordinaires correspondent des associations morbides : c'est l'opération consécutive à l'impression, son enregistrement et son élaboration qui sont viciés.

OBSERVATION PERSONNELLE

Sommaire. — *Dégénérescence mentale. — Bouffée délirante caractérisée par des interprétations délirantes.*

F... Gabriel, 37 ans, officier démissionnaire.

Antécédents héréditaires. — Père à caractère bizarre et entier, a eu de nombreux procès, même avec sa femme. Mère impressionnable. Frère d'une intelligence au dessous de la moyenne et d'une moralité très-douteuse. Le malade a perdu de vue depuis longtemps le reste de sa famille et ne peut fournir sur elle aucun renseignement précis.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire à 10 ans ; chorée à 14 ans ; paraphégie ? à début brusque d'une durée de 4 mois, traitée par la valériane. Intelligence vive, imagination féconde, il a fait de bonnes études, est sorti de l'Ecole Polytechnique dans un bon rang. Officier assez distingué, il a fait des travaux personnels importants. Il a toujours fait des vers, des drames, etc.

Il quitte l'armée pour entrer dans une compagnie particulière qu'il quitte pour un motif relativement futile. Il continue ses recherches avec ses propres ressources, se livre à un surmenage intellectuel, il mène de front trois

procès contre la Compagnie qu'il a quittée, contre son père et contre son frère.

Début de la crise. — Dans un voyage d'affaires, avec son frère, la fatigue d'une nuit de chemin de fer provoque chez lui des troubles d'une nature particulière. Il lui semble que son frère cause trop fort, que tout le monde les regarde avec des yeux étonnés; les gestes de son frère lui paraissent bizarres, il y voit des passes magnétiques dans le but de l'hypnotiser. Il se demande si son frère n'est pas « endoctriné » par la Compagnie avec laquelle il est en procès, si ces manœuvres n'ont pas pour but de lui voler son argent.

Il quitte son frère et fait le reste du voyage seul; celui-ci le rejoint, l'emmène dans le même hôtel et insiste pour lui faire prendre un bock avant de se coucher avec une troisième personne. A peine couché les bruits de l'hôtel lui font un effet nouveau, une impression désagréable qu'il attribue maintenant à une « acuité spéciale de l'ouïe. » Vers deux heures il se réveille avec une sensation de « cerveau vide » avec la crainte de devenir fou. Il avait conscience de cet état et se rappelle qu'il a eu une durée fort courte. Il est resté inquiet et cherche à expliquer ce fait. Il s'est souvenu des circonstances dans lesquelles il avait pris un bock, il avait fait une courte absence et suppose que son frère y avait mis de la morphine en effet ce bock avait un « goût médical mauvais. »

Il passa encore quelques jours inquiet, se croyant surveillé, hypnotisé, puis tout rentra dans l'ordre et il reprit ses occupations.

Cependant, on peut, dans ces cas, rencontrer des hallucinations véritables; mais, alors, elles sont dues à un état surajouté à l'alcoolisme le plus souvent.

L'existence de ces états complexes, où l'on retrouve

chez le même malade les symptômes propres à deux ou trois psychoses, a été nettement établie par M. Magnan. Voici ce qu'il dit à propos de ces états mixtes :

« Les faits cliniques en aliénation mentale ne s'offrent pas toujours avec le caractère de simplicité que les descriptions dogmatiques pourraient faire supposer. Ce n'est point seulement la forme symptomatique, avec ses variétés infinies qui fait de certaines maladies un ensemble protédiforme des plus complexes, mais l'espèce nosologique elle-même peut, dans certaines circonstances, se présenter dans des conditions de réelle difficulté. Tel est le cas dans lequel des états pathologiques différents se montrent simultanément chez le même sujet.

« L'action convergente de l'hérédité, vésanie de l'un des ascendants, névrose convulsive de l'autre, ne se traduit pas seulement chez le descendant par des dégénérescences intellectuelles allant de la simple faiblesse d'esprit jusqu'à l'idiotisme le plus profond, ni par des états hybrides, dont la grande classe des folies morales présente de nombreux exemples; la manie, la mélancolie ou le délire chronique du père, l'épilepsie de la mère et vice versa, peuvent exercer leur action directe sur le fils et déterminer chez lui deux névroses similaires aux précédentes, vivant côte à côte mais sans perdre aucun de leurs attributs.

« Des individus en un mot sont atteints à la fois d'épilepsie et de délire partiel, ou de manie et de mélancolie..... Un individu vésanique par les conditions héréditaires peut de son propre fait acquérir un autre état pathologique. A la suite en effet d'abus suffisam-

ment répétés de boisson, il présentera un délire alcoolique et dans ces conditions nouvelles il sera donné d'étudier et de suivre deux espèces pathologiques distinctes, indépendantes, à pathogénie différente : la folie simple (délire de persécution ou autre), la folie alcoolique. Ce n'est pas là une hypothèse, c'est bien une réalité clinique, curieuse assurément, mais qui n'est pas rare et qui a déjà été plusieurs fois signalée. »

«... . L'alcoolisme intervenant dans le cours des délires partiels, agit tantôt comme simple excitant et aggrave particulièrement les délires tristes ; d'autres fois il s'installe de toutes pièces et recouvre passagèrement le délire préexistant ». (1)

L'alcoolisme surajouté, provoquant ou non ses hallucinations spéciales, entraîne à sa suite des troubles oculaires que l'on peut déceler au moyen de l'ophtalmoscopie. On pourrait peut-être aussi se rendre compte de la part qui revient au facteur alcool dans le processus surajouté à la psychose : avec les hallucinations caractéristiques on peut trouver l'hypérémie papillaire, l'amblyopie toxique, et la dyschromatopsie pour le rouge.

Idées de Persécution.

D'autrefois les malades entrent brusquement dans une bouffée délirante caractérisée par des idées de persécution avec hallucinations de tous les sens.

(1) *Magnan*: De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné : *Archives de neurologie*, n° 1, 1^{re} année.

Dans les précédents malades, nous n'avions que des illusions ou des interprétations délirantes; ici, nous trouvons de véritables hallucinations, surtout auditives et généralement d'un caractère pénible. Ainsi que l'a fait remarquer Lasègue, dans sa description du délire des persécutions, les hallucinations de la vue y sont rares. Le persécuté entend ses ennemis, reconnaît leurs voix, mais, en général, ne les voit pas. Cependant, les hallucinations de la vue peuvent exister en dehors des états surajoutés, toxiques ou névrosiques, surtout quand le sujet est entaché de dégénérescence mentale. Dans le cas où la maladie vient à évoluer il existe une correspondance évidente entre les illusions ou les interprétations délirantes de la phase précédente, et les hallucinations qui n'en sont que l'épanouissement summum. Elle est confirmée par ce fait presque constant d'observation, que les individus à illusions et interprétations délirantes prédominant dans la sphère visuelle, sont précisément ceux qui présentent plus tard des hallucinations de la vue.

Caractères des hallucinations de la vue.

Les hallucinations des persécutés sont relativement faciles à distinguer des troubles visuels liés à d'autres états.

On conçoit toutefois que ces malades laissés en liberté, puissent encore s'alcooliser et offrir des hallucinations dues à cette cause.

Quoi qu'il en soit les persécutés peuvent offrir des

hallucinations de la vue idiopathiques. Lasègue a établi les caractères des hallucinations visuelles toxiques, on peut se servir de cette description pour faire le diagnostic différentiel.

D'après lui, les visions toxiques sont toujours multiples, mobiles, muettes, sombres et terrifiantes. C'est un grouillement d'animaux effrayants le plus souvent ; ce qui contribue à inquiéter les malades, c'est que cette zoopsie se produit dans le plus grand silence, les monstres et les bêtes féroces s'agitent sans bruit.

Au contraire, la vision d'un délirant systématique, mystique le plus souvent, est une apparition radieuse et resplendissante de lumière ; les personnages en sont le plus souvent immobiles. C'est même quelquefois la figure d'un tableau, une statue longtemps contemplés antérieurement ou seulement un personnage d'images pieuses, qui reparaissent.

Ces visions dans leur attitude fixe expriment au malade des consolations ou des révélations énigmatiques que leur physionomie et leurs gestes rendent encore plus caractéristiques. La révélation peut même être rendue plus explicite par la vision de mots écrits, à l'exemple du Mane, Thécel, Pharès, de Balthazar : Les deux visions se combinent généralement, le personnage apparu tenant, par exemple, en main, des tables où se lit l'inscription.

L'hallucination visuelle principale peut s'accompagner d'hallucinations accessoires autres, telles que l'audition d'une musique séraphique, la perception d'odeurs d'encens, etc.

Les caractères en résumé sont l'inverse de ceux

des hallucinations toxiques : les visions ne sont ni mobiles, ni multiples, ni muettes, ni sombres, ni terrifiantes.

OBSERVATION PERSONNELLE RÉSUMÉE

Sommaire. — *Débilité mentale. — Idées de persécution. — Hallucinations de l'ouïe et de la vue. — Apparition mystique.*

Lef... Olympe, 54 ans, entrée à l'asile le 6 août 1892.

Au moment de son entrée, les certificats médicaux constatent qu'elle est atteinte d'un délire essentiellement caractérisé par des hallucinations de l'ouïe et de la vue. La nuit une brillante clarté passe devant ses yeux : et, dans cette vision rapide, elle aperçoit le Seigneur assis à une table en nombreuse et sainte compagnie. Dans d'autres moments, le Seigneur se fait entendre mais sans se montrer. Alors seulement elle a des entretiens avec lui, car l'apparition reste muette et immobile. Il l'entretient de sujets divers, du peu de satisfaction que lui donne son peuple, de certaines personnes (ses persécuteurs) qu'il punira, etc. Depuis quelques temps il lui ordonne de fonder des orphelinats, des maisons de secours. Dieu paraît tenir beaucoup à ce dernier projet car les apparitions deviennent plus nombreuses.

Cette malade nous montre une bouffée de délire polymorphe avec un mélange caractéristique d'idées de persécution, d'idées mystiques, d'hallucinations de l'ouïe et de la vue. Les hallucinations de la vue ont bien les caractères que nous leur avons donnés plus haut. Faisons remarquer que cette hallucination de la vue représente le tableau très répandu dans les églises de la Sainte-Cène.

OBSERVATION PERSONNELLE RÉSUMÉE

Sommaire. — *Débilité mentale. — Coexistence d'idées mystiques, de persécution, et de satisfaction. — Hallucinations de la vue.*

Dr... Augustin, 43 ans, entre à l'asile en 1879. Antécédents héréditaires chargés.

Il s'est toujours montré déséquilibré, incapable d'idées suivies, s'essayant successivement à diverses professions. Dès sa jeunesse il a eu des accès de mysticisme. Il a eu à plusieurs reprises des crises d'excitation et de dépression.

Au régiment il a été réformé pour ses idées hypochondriaques et de persécution. Un jour dans la cour de la caserne il a vu la statue de Napoléon 1^{er}.

Il a pu vivre au dehors pendant une dizaine d'années toujours sombre et très dévôt.

Depuis qu'il est à l'asile, il a eu une 1^{re} période de dépression mélancolique avec prédominance d'idées mystiques : il a vu alors apparaître la Sainte-Vierge, droite au-dessus de la clôture de l'établissement, drapée dans une robe bleue et la tête couverte d'un voile blanc.

En ce moment bien que les idées mystiques persistent, il se rappelle ses visions et se rend compte de leur inanité et de leur caractère pathologique.

L'hallucination, dans ce cas encore, présente les caractères déjà donnés. Elle est tirée également de sujets souvent reproduits par la sculpture et la peinture.

Des hallucinations visuelles terrifiantes peuvent toutefois aussi se produire ici ; nous voulons parler des visions des démonopathes, visions qui alternent

le plus souvent avec les apparitions consolantes antagonistes que nous venons de citer.

Tels sont les caractères généraux des hallucinations visuelles de ce genre de délire. Ces hallucinations présentent en outre d'autres caractères particuliers que nous allons énumérer.

Les hallucinations visuelles peuvent être bilatérales, c'est-à-dire être vues par les deux yeux en même temps, ou unilatérales, c'est-à-dire être objectivées d'un seul côté, par un seul œil, le droit ou le gauche.

Hallucinations bilatérales. — Quand on interroge soigneusement un malade, on remarque presque toujours que les hallucinations sont orientées suivant une direction particulière. C'est en haut que les mystiques contemplent leurs visions ; c'est tantôt du plafond, tantôt de dessous terre qu'ils entendent les voix ; c'est latéralement souvent que sont objectivées les hallucinations visuelles. Cette orientation est, en général, constante : les hallucinations restent toujours dirigées à droite, à gauche, en haut ou vers le sol, suivant les différents cas. Les observations en sont nombreuses, en voici quelques exemples :

Sainte Thérèse avait, le plus souvent, ses hallucinations du côté gauche, et l'ange gardien de Sœur Marie des Anges, lui apparaissait du « côté droit ».

OBSERVATION PERSONNELLE

Chr.... Victor mort d'ictus avec hémiplegie gauche, a toujours été soupçonneux de son vivant. Il en voulait aux prêtres depuis l'âge de raison, parce qu'à sa

1^{re} communion, ils avaient trahi le secret d'un vol avoué par lui.

Très religieux, malgré cela, il se confessait directement à Dieu. « Il s'aperçut plus tard en disant son chapelet, que des esprits lui volaient ses prières et les répétaient en même temps que lui sur sa gauche (dédoublement apparent, objectif). — « C'étaient les voleurs de bâtards. »

Grâce à un redoublement de piété, il a vu Dieu sortir du tableau de la chapelle de gauche de l'église. (Il a compris depuis, que c'était son propre portrait.)

Il a découvert ce que c'était que le firmament et contemplé la lumière de lumière. Il dictait alors des sentences, s'inspirant d'un vieux missel qu'il appelait le Livre de St Hubert. « Il contenait de bonnes et de mauvaises choses : ça dépend du côté. »

Les feuillets de gauche étaient seuls bons. Il dialoguait, en outre, avec les gars de gauche devenus bienveillants : il les interrogeait volontiers sur les réponses à nous faire ; ces réponses, il les prononçait bas, d'abord, et nous les répétait ensuite.

Il semblait s'adresser à des êtres imaginaires, orientant la direction de l'oreille et des yeux, vers l'angle supérieur gauche du plafond.

OBSERVATION

Sommaire. — *Dégénérescence mentale avec bouffée délirante accompagnée d'hallucinations de l'ouïe et de la vue latéralisées à gauche et en haut.*

Gu... Victor, 65, ans entré le 7 octobre 1891. — Antécédents héréditaires : la sœur de sa mère est morte aliénée ; un cousin germain est mort à l'Asile de Rouen après avoir

tenté de tuer sa mère.

Antécédents personnels. — Peu intelligent, il n'a pas pu parfaire ses études, ni continuer à diriger avec profit un établissement industriel. D'un caractère timoré et enfantin, il a été dès son enfance poursuivi par l'idée obsédante qu'il pourrait devenir fou ; il évitait de rencontrer les aliénés et de passer devant l'Asile ; il était sujet aussi à quelques impulsions.

A l'âge de 64 ans, à la suite d'une maladie de sa femme, il a commencé à délirer. Il eut d'abord des idées mélancoliques, des idées de ruine ; il prétendait qu'il allait ruiner son petit-fils parce qu'il ne taillait pas bien ses arbres.

A son entrée, il présentait des idées de persécutions. Il avait des hallucinations de l'ouïe surtout du côté gauche, et il est à remarquer qu'il présente de ce côté une légère surdité. Il avait également des hallucinations de la vue ; il était dans un état d'anxiété sur lequel venait se greffer un accès d'excitation violente.

Quatre mois après son entrée, on signale chez lui des idées de grandeur coexistant avec des idées de persécution. Les hallucinations de l'ouïe et de la vue persistent toujours en haut et à gauche. Il porte les yeux dans cette même direction : il y voit St Taurin et M^{me} X....

Il est aussi halluciné du sens génital et accuse son gardien de pratiquer sur lui des succions pénienes, pour s'emparer des rubis qu'il a dans le corps.

A l'heure actuelle, ce malade présente un mélange d'idées de persécution et de grandeur avec prédominance de ces dernières. Les hallucinations persistent. Il est évêque de St Taurin, le Madi, etc....

Les hallucinations de la vue chez ce malade sont intéressantes d'abord parce qu'elles semblent être latéralisées, ensuite elles présentent bien les caractères déjà décrits : St Taurin étant un saint très honoré, dont l'image est très répandue dans la ville qu'habitait ce malade.

Ne pourrait-on pas voir là une analogie avec la déviation conjuguée des yeux des apoplectiques qui regardent leur lésion : le délirant objectivant ses visions du côté correspondant à l'hémisphère dont le fonctionnement est perverti. Peut-être arrivera-t-on par le progrès de l'anatomie pathologique à déterminer et à localiser les lésions des vésanies. Cette latéralisation des visions qui correspond, en général, à une orientation analogue des hallucinations auditives, indiquerait peut-être le siège de la lésion cérébrale coexistante.

En effet, il est à remarquer qu'il semble y avoir une correspondance entre l'orientation des visions et le côté où s'entendent les voix. Les malades qui entendent parler d'un certain côté, voient les personnages dans la même direction. Et, dans les cas où l'hallucination de l'ouïe est unilatérale, les visions sont objectivées du même côté.

Ce phénomène est encore plus typique dans les cas où l'hallucination unilatérale de l'ouïe est combinée avec une hallucination hémipique correspondante.

Une observation publiée par M. le docteur Pétersen dans *the New-York Médical Journal* en est un exemple. En voici le résumé :

Sommaire. — *Hallucination de la vue chez un persécuté atteint d'hémiopie.*

K...., 20 ans, se plaint de personnes inconnues qui le persécutent. Elles sont au nombre de trois qui agissent par l'électricité, le magnétisme et la téléphonie. Il a des hallucinations de l'ouïe, par l'oreille droite seulement, des illusions du goût et de l'odorat. (1).

(1) *The New-York Medical Journal*, 30 août 1890. Dr Pétersen, ch. de clinique.

Les hallucinations de la vue sont limitées à la partie droite du champ visuel de chaque œil. Il voit des squelettes et différents individus se mouvant toujours à sa droite, et le phénomène est le même après la fermeture des deux yeux. S'il dirige son regard vers l'apparition, elle se déplace encore plus vers la droite.

Peut-être pourrait-on trouver dans des cas analogues une hémianosmie et une hémiaqueusie correspondantes. Il serait intéressant de rechercher de pareils troubles.

Les hallucinations visuelles peuvent donc être hémioptiques, c'est-à-dire que dans les cas où il existe de l'hémioptie, les hallucinations présentent les caractères des images réelles, vues par les hémioptiques.

Si c'est la partie droite du champ visuel droit de chaque œil qui est supprimée, par exemple, la partie gauche seulement des objets placés devant l'œil est visible, ou ceux-ci seront vus constamment à gauche : il en est de même de l'hallucination, la partie gauche seulement des figures imaginaires est perçue, ou bien, ce qui revient au même, la vision n'apparaît qu'à gauche.

Les hallucinations partielles hémioptiques peuvent correspondre à la partie restée saine du champ visuel, ou, au contraire, à la partie atteinte de cécité; elles peuvent enfin être un phénomène prémonitoire d'une hémioptie beaucoup postérieure. Ces dernières offrent des rapports évidents avec les troubles hémianopsiques : c'est une sorte d'hémidyopsie. Ce rapport avec l'hémianopsie est rendu d'autant plus frappant par ce fait que dans certains cas, ces phénomènes (hal-

lucinations partielles) ont pu coexister avec elle. Il n'y a pas lieu de s'étonner outre mesure de cela et surtout de ces phénomènes hallucinatoires survenant dans la partie atteinte d'hémianopsie; on connaît la fréquence des hallucinations chez les aveugles.

L'hémiopie avec hallucination visuelle dans la zone perdue du champ visuel est un phénomène du même ordre.

En clinique, on pourrait facilement confondre les deux sortes d'hallucinations partielles hémioptiques que l'on pourrait appeler positives et négatives, d'autant plus que l'hallucination partielle reste localisée aux segments anoptiques, sans empiéter sur le segment resté normal.

Enfin, on peut avoir des images hallucinatoires en apparence complètes, mais dont une moitié disparaît si l'on ferme un œil, la partie disparue étant l'homonyme de l'œil fermé. On a affaire alors à des cas d'hémianopsie ou d'hémiopie non homonymes, comme comme nous pouvons en rapporter un exemple.

Une jeune fille voyait des masques grecs et romains; si elle fermait alternativement, l'un ou l'autre œil, elle cessait de voir la moitié correspondante des figures. L'image hallucinatoire était donc, chez elle, perçue par moitié, à l'aide de chacun des deux yeux; ceux-ci soumis à l'examen ophtalmologique, ne présentaient aucune condition anormale. (Magnan).

En résumé, les hallucinations bilatérales sont, en général, latéralisées et orientées suivant une direction

constante, soit dans le plan vertical, soit dans le plan horizontal.

Elles empruntent certains caractères à l'état de l'appareil sensoriel nous en avons la preuve dans les cas d'hallucinations partielles hémioptiques.

Les troubles hallucinatoires partiels liés à l'hémioptie pourraient se grouper en deux classes, selon que les troubles sont homonymes et symétriques ou non.

1° Dans les cas où la perturbation siège sur une portion symétrique des deux rétines, on a les différentes classes d'hémiopties latérales, droites ou gauches, supérieures, inférieures ou obliques. Enfin, il y aurait lieu d'ajouter à ces cas ceux où les troubles subjectifs siègent sur une zone irrégulière de la rétine, périphérique ou centrale.

2° Quant aux troubles analogues non symétriques, ce peut être encore le fait d'une hémioptie, mais non homonyme, la moitié droite du champ visuel d'un œil étant troublée alors que c'est le côté opposé de l'autre œil qui présente le même phénomène.

Enfin aux troubles non symétriques se rattachent les cas d'hallucinations visuelles bilatérales, mais de nature différente dans les deux yeux. Ce ne sont pas encore, à proprement parler, des hallucinations unilatérales, puisque le trouble hallucinatoire existe des deux côtés, mais des hallucinations dissociées, relevant d'un trouble particulier et propre à chaque hémisphère qui agit d'une façon indépendante : cette différenciation est un trait d'union véritable entre les hallucinations bilatérales et les unilatérales.

Voici un exemple d'hallucination bilatérale de caractère différent :

Une dame de cinquante ans était poursuivie par des lettres anonymes, dont elle ne pouvait découvrir les auteurs. Un jour, regardant par une fenêtre, elle vit un homme et une femme debout devant elle. Elle crut d'abord, à la réalité de leur présence, mais au bout de quelques instants, leurs images disparurent. Elles reparurent à plusieurs reprises dans le cours d'un mois, puis, cessèrent de se faire voir.

Ce que ce cas présentait de remarquable, c'est que l'homme était toujours vu par l'œil droit, et la femme par l'œil gauche de la malade. Si celle-ci fermait l'œil droit, elle ne voyait plus que la femme ; si elle fermait l'œil gauche, elle ne voyait plus que l'homme.

Dans quelques cas relativement rares, dit Magnan, l'hallucination est bien bilatérale, elle se montre avec des caractères qui varient suivant le côté. L'oreille droite, par exemple, n'entend que des choses agréables, tandis que la gauche ne perçoit que des injures. (1)

C'est là un phénomène curieux, qui mérite de nous arrêter et que l'on rapprochera avec fruit, des expériences de physiologie pathologique auxquelles se prête l'hystérie. Un malade de Dumontpallier voit d'un œil un paysage riant, tandis que de l'autre elle assiste à un paysage terrifiant. Chez nos délirants, un phénomène analogue se produit peut-être, quand les malades distinguent, dans leurs visions, des personnages amis à côté des persécuteurs.

(1) Des hallucinations bilatérales, de caractère différent, suivant le côté affecté. (Magnan)

Hallucinations unilatérales. — Nous allons maintenant nous occuper des hallucinations unilatérales,

c'est-à-dire des hallucinations qui ne se produisent que dans un seul œil : ce sont des hémihallucinations, si l'on peut employer ce mot.

« Dans quelques circonstances, ainsi que Calmeil, Moreau (de Tours), Michéa et bien d'autres l'ont signalé, l'hallucination est unilatérale et frappe l'une des parties similaires de l'appareil sensoriel. C'est par un œil, une oreille, par un côté du corps, que le malade se trouve influencé. » (Magnan).

OBSERVATION

1° Un jeune homme reçut un coup au-dessus de l'œil gauche; quelques semaines après, il vit un gros chat noir couché sur le sol, juste devant lui. N'ayant aucun doute sur la réalité de la présence du chat, il marcha vers lui, mais l'animal recula de manière à se tenir toujours à la même distance; depuis lors, l'image du chat ne cessa d'accompagner le malade; cette image était plus grande et plus intense dans la soirée, et surtout pendant les accès de douleur qui se reproduisaient plusieurs fois par jour, dans le siège de la blessure crânienne; en fermant alternativement les deux yeux, le malade reconnaît que la vision se produit exclusivement du côté de la blessure. (Magnan).

Marcel Donat, parle d'un malade qui voyait sans cesse passer devant ses yeux, des araignées, des spectres, des tombeaux, etc. Or, ces fausses perceptions se manifestaient seulement quand il ouvrait

l'œil gauche, le droit restant fermé, tandis que la vision n'avait plus rien d'étrange dans l'épreuve opposée.

L'observation suivante d'hallucination unilatérale, rapportée par M. Arnold Pick et publiée par M. Régis, montre que l'hallucination latérale visuelle peut aussi être hémipique (supérieure).

OBSERVATION

J.... Joseph est atteint de délire avec prédominance d'idées ambitieuses et de persécution accompagnées d'hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Étant soldat, l'attention est attirée sur l'état de son œil droit, avec lequel il voit mal. Peu à peu son œil devient plus mauvais et ne peut être amélioré par les lunettes les plus fortes. Il est tourmenté depuis quelque temps, par des hallucinations de l'ouïe prédominant dans l'oreille droite. Il a aussi des visions.

Les hallucinations de la vue surviennent seulement le soir, dans l'œil droit, quand il est fermé. Il voit des personnages, des paysages, des scènes de théâtre et souvent aussi des images partielles.

Au sujet des images qui ne montrent qu'une partie des objets, qu'il s'agisse d'hommes ou d'objets, il dit que les contours s'assombrissent progressivement. Des hommes, il ne voit que la tête et la poitrine ; des paysages forestiers, le sommet des arbres, tandis que la partie inférieure de ceux-ci ou de ceux-là reste sombre. « J'ai vu, dit-il au D^r Pick, votre poitrine environ jusqu'à son milieu, la partie inférieure était confuse. »

A l'examen de l'œil, on a trouvé une large lacune du champ visuel en haut, moindre en dedans ; le champ visuel présente une étendue normale en dehors.... Il s'agit d'une perte du champ visuel, stationnaire et respectant le cen-

tre du champ. Le sens des couleurs est diminué quantitativement, il est absolument aboli au niveau des pertes du champ visuel.

L'importance des troubles oculaires chez certains délirants est telle que ces malades contractent des habitudes défensives spéciales dans le but de se défendre de ce qu'ils prennent pour des attaques visant plus spécialement leur vue.

Une malade s'introduit un clou dans les cils de sac conjonctivaux pour décomposer le fluide électrique qu'elle croit recevoir dans les yeux.

Une autre s'est fait avec des débris de vitre ajustés à l'aide de fils, une sorte de loup pour défendre ses yeux du magnétisme (Seglas).

Mme M. s'entoure la tête de linges qu'elle dispose en une sorte de longue visière, laissant à peine voir sa figure pour mettre un obstacle à l'action nuisible des persécuteurs (Falret).

Baillarger cite le cas d'une malade poursuivie par une multitude de petites ombres; elle s'empare à tout instant de quelqu'une d'elles comme elle ferait d'une mouche; elle les tient renfermées dans sa main puis les jette avec force sur le carreau :

« Beaucoup de gestes bizarres, observés chez les aliénés, dit-il, peuvent comme dans ce fait s'expliquer par des hallucinations de la vue et aussi du toucher. »

OBSERVATION

Nous pouvons citer un cas analogue :

La nommée L..., en traitement à l'asile d'Evreux, est atteinte de délire de persécutions avec hallucinations

de la vue et de l'ouïe. Elle entend presque continuellement des voix qui viennent de personnes placées dans des paniers qu'elle voit au plafond. Des démons la tourmentent ; chez elle déjà, elle était forcée de les poursuivre à coups de balai. Ici, elle en voit sur ses draps et les attrape comme des mouches avec la main. Ils la font sauter dans son lit et lui donnent la fièvre : ils sont tout petits et rouges. Ce sont des âmes, dit-elle, avec des figures d'hommes ou de femmes.

Pour se défendre de leur vue elle se cache la figure sous les draps.

Ces moyens de défense sont analogues, nous le verrons, à ceux dont usent les dégénérés pour lutter contre leurs syndrômes épisodiques.

Un de nos malades se défend des « carabins persécuteurs » à l'aide d'un parapluie qu'il ne quitte jamais lorsqu'il sort.

Pascal et Hoffmann employaient l'un et l'autre des procédés analogues pour se débarrasser de leurs hallucinations obsédantes. L'un masquait à l'aide d'un fauteuil le précipice qu'il voyait à son côté ; le second priait sa nièce de se tenir à sa gauche pour écarter les fantômes évoqués par son imagination enfiévrée.

Mégalomanie

Les hallucinations des divers sens coexistent avec les idées de grandeur. Dans cette forme elles peuvent aider à la transformation de la personnalité et faire croire au malade qu'il est roi, empereur, prophète, Dieu.

Chez certains malades héréditaires dégénérés, les

idées de grandeur peuvent s'installer brusquement et d'emblée sans avoir été précédées d'idées de persécution. Chez d'autres, au contraire, les délires de grandeur et de persécution sont contemporains. Dans d'autres cas enfin, c'est le délire des persécutions qui suivra le délire des grandeurs.

Dans ces différents cas, l'hallucination de la vue, en tant que manifestation du délire, a des caractères en rapport avec les conceptions délirantes, et comme celles-ci, elle affecte un caractère ambitieux.

Les hallucinations unilatérales, quand elles existent, ont les mêmes caractères.

Quand les malades ont à la fois des idées de persécution et des idées de grandeur on peut rencontrer des hallucinations dédoublées et de caractères différents.

Cet état complexe nous rappelle cette période de transition du délire chronique, étudiée par M. Magnan, dans laquelle les malades peuvent entendre, par exemple, à droite des injures à gauche des paroles consolantes.

M. Magnan voit là une manifestation d'un état différent de la lésion dans les deux demi-sphères cérébraux et une preuve de leur indépendance fonctionnelle (1).

(1). (Magnan : Des hallucinations bilatérales de caractères différent, suivant le côté affecté. Archives de Neurologie, 1883.)

OBSERVATION

Dégénérescence mentale avec idées mystiques. (Hallucinations de la vue ayant donné naissance à des idées de grandeur. — Il se croit l'envoyé de Dieu

S..., licencié en droit, docteur en médecine, est entré à l'asile Ste-Anne en 1881. Ses antécédents héréditaires sont mal connus.

Ses antécédents personnels nous le montrent comme un déséquilibré. Avec des facultés intellectuelles brillantes, il a acquis une instruction supérieure ; il n'a jamais pu cependant s'établir et vivre de la vie commune. Il a toujours été douteur ; après avoir reçu une éducation très religieuse, il était devenu matérialiste militant, mais avait toujours conservé une arrière-pensée obsédante au sujet du principe de causalité.

Le nombre 17 lui a toujours paru fatidique.

Il s'est de tout temps livré à l'onanisme.

Envoyé dans les Indes avec une mission scientifique, il se vit bientôt en but à des persécutions de la part de ses compagnons de voyage et des Indiens. Les gestes qu'on faisait autour de lui, les plantes qu'il recueillait lui paraissaient avoir une signification inquiétante. Il commençait à revenir à des sentiments religieux quand une vision lui rendit la foi et lui indiqua le but de sa vie.

Il vit une grande ville en proie aux flammes ; les habitants venaient se précipiter dans un fleuve qui coulait à ses pieds, et, vers l'autre rive, un homme, habillé en capucin et portant une lanterne et un balai, considérait ce spectacle comme son œuvre. Il comprit immédiatement que cette ville était Paris, la rivière, le fleuve de la grâce,

et que lui était désigné pour remplir le rôle du personnage chargé de balayer le monde et de l'éclairer.

Il voulut se mettre à l'œuvre, mais se fit arrêter à l'Elysée à cause du scandale provoqué par son accoutrement.

Depuis il continue à se croire Edouard, le balayeur, et le précurseur du Christ. Il considère son internement comme une épreuve, il n'a pas perdu confiance dans sa mission.

Cette hallucination de la vue, très en rapport avec les visions symboliques de la bible, est intéressante par ce fait qu'elle a coexisté avec des idées mystiques et de grandeur ; et dont elle a peut-être été la cause. (*Obs. tirée de la Th. du Dr Moret. Paris. 1890*)

Rapport des Stigmatis psychiques et de la fonction visuelle.

Il nous reste à parler maintenant des stigmates psychiques (syndrômes épisodiques) et de leurs rapports avec la fonction visuelle.

On sait que chez les dégénérés il existe une déséquilibration complète des centres de l'écorce et de la moëlle ; c'est la paralysie ou l'état d'éréthisme de ces centres qui donne naissance aux syndrômes épisodiques, obsessions et impulsions et phénomènes inhibitoires.

Chez certains d'entre eux les centres psycho-moteurs fonctionnant automatiquement donnent naissance à des mouvements irrésistibles, impulsion à frapper, tics. Chez d'autres les centres psychiques, et sensoriels entrant en état d'éréthisme donnent nais-

sance à des idées obsédantes. Dans quelques cas le centre de la vision surexcité réclamera la reproduction d'une sensation déjà perçue. C'est ainsi qu'on peut expliquer l'angoisse des onomatomanes. M. Magnan a cité au Congrès d'anthropologie annuelle de Bruxelles (1892) un malade qui, après avoir vu dans un journal un mot ou un nombre quelconque, quelque temps après éprouve le besoin subit de revoir ce mot et ce nombre, dont il essaye vainement d'évoquer l'image. Il se lève, éveille les siens, relit tous les journaux, refait le tour des cafés qu'il fréquente, réveillant tout le monde, en proie à une angoisse qui ne prend fin que lorsqu'il peut contempler à nouveau l'article déjà vu.

Au contraire, on peut observer ce qu'on pourrait appeler l'arithmophobie ou l'onomatophobie, c'est-à-dire, la crainte du chiffre ou du mot compromettant, prononcé, écrit, entendu ou *lu*. Dans ce dernier cas, la vision du mot, intervient encore comme occasion du phénomène.

Inversement, l'action préservatrice du mot analogue, peut intervenir pour combattre l'influence néfaste précédente. Cette action conjuratrice peut être, à son tour, attribuée au mot articulé, écrit, entendu ou *lu*.

On peut dire des autres impulsions, qu'elles peuvent toutes, se produire à la suite d'une impression visuelle occasionnelle; telles sont les impulsions meurtrières qui font redouter aux malades la vue d'un instrument pointu ou tranchant, (aichmophobie), ce qui est même temps une variété de délire du toucher.

L'oniomanie et la kleptomanie rentrent dans le même ordre; cette dernière relève bien évidemment

d'une impression visuelle éveillant le réflexe impulsif, sans calcul intéressé systématique. La citation d'un dégénéré historique en est la preuve.

J'ai, dit Rousseau, dans ses confessions une passion très évidente dont rien n'égale l'impétuosité quand elle m'agite. Je ne connais plus ni ménagement ni respect : hors le seul objet qui m'occupe, l'univers n'est plus rien pour moi ; mais tout cela ne dure qu'un moment et le moment qui suit me jette dans l'anéantissement. Une feuille de beau papier à dessiner me tente plus que de l'argent pour m'en payer une rame. Je vois la chose, elle me tente, si je ne vois que le moyen de l'acquérir elle ne me tente plus. J'ai donc été fripon et je le suis encore pour des bagatelles qui frappent ma vue et me tentent... J'aime mieux prendre que de demander. »

Nous pourrions en dire autant d'autres impulsions telles que la pyramonie, la dipsomamie... etc.

Nous terminerons en nous occupant de la peur des espaces et des aberrations sexuelles.

Les vertiges, dans le premier cas, peuvent si bien être sous l'influence de l'impression visuelle, qu'ils cessent lorsque l'espace est dérobé à la vue du malade, par un autre objet ou par une personne.

Un malade, de M. Magnan réussissait à franchir les places en fixant le panneau d'une voiture et en courant derrière ; d'autres suivent un passant ou rasant les murs en tournant le dos à l'espace.

Un malade de Westphall portait toujours un parapluie qu'il ouvrait pour traverser les rues, afin d'abriter sa vue (*Arch. fur Psych*, tome II, page 72).

On a signalé du reste dans l'agoraphobie le rétré-

cissement du champ visuel (Nieden de Bochum, *Deutsch. Med. Wochensch.* — 13 mars 91).

Restent pour les aberrations sexuelles des associations curieuses de l'orgasme vénérien avec la vue d'objets inattendus, tablier bleu, coiffure de femme, nattes coupées, etc...

La vue de ces objets est suffisante et quelquefois même nécessaire pour provoquer le réflexe génito-spinal.

CONCLUSIONS

1° Chez les dégénérés héréditaires, il existe dans l'appareil psycho-sensoriel de la vue de nombreuses malformations, qui sont des vices d'évolution ou des arrêts de développement.

2° Ces malformations nous semblent être la manifestation extérieure d'une imperfection des centres correspondants.

3° Des troubles fonctionnels de la vue se rencontrent fréquemment dans les délires polymorphes des dégénérés. Ce sont des illusions, des interprétations délirantes, des hallucinations.

4° Ces hallucinations ont des caractères particuliers qui permettent de les distinguer des hallucinations que l'on rencontre dans les autres psychoses ou les intoxications.

5° Ces hallucinations sont en harmonie avec le caractère des idées délirantes, quelquefois elles semblent influencer sur elles, et même les provoquer.

6° Certains syndrômes épisodiques sont sous la

dépendance d'un trouble fonctionnel de l'appareil
psycho-sensoriel de la vue.

Vu :

Le Président de Thèse,
STRAUS.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

